

**Université René Descartes – Paris V
Faculté Cochin – Port Royal**

**Projet d'EHPAD autour d'une
dynamique Snoezelen**

Docteur Bernadette Haderer
Née le 9 Janvier 1957 à Courbevoie

DIU de médecin coordonnateur en EHPAD

Année universitaire 2009/2010

Sommaire

1. Introduction : origine de la démarche	3
2. Ce que nous enseignent les malades d'Alzheimer	5
2.1. Rappel sur les origines de la maladie	5
2.2. Les particularités psychologiques observables de la maladie d'Alzheimer	6
2.2.1. Rappel sur les signes cliniques cognitifs	6
2.2.2. Les particularités psychologiques	7
2.2.3. Les troubles du comportement.....	7
2.3. Maladie d'Alzheimer et intelligence affective	8
2.4. Communication avec le malade Alzheimer	9
2.4.1. Comment aider le malade à s'exprimer avec des mots?	9
2.4.2. La communication implicite	10
2.4.3. La fonction du symptôme, expression au-delà des mots.....	10
2.4.4. Conséquences pour les soignants	11
2.4.5. Conclusion	12
3. Principes Snoezelen: une démarche et un projet de soin	13
3.1. Le principe de la démarche Snoezelen	13
3.2. Une attitude de communication	14
3.2.1. Un outil relationnel	14
3.2.2. Une démarche de sécurisation	14
3.2.3. Une démarche d'exploration	14
3.3. Application institutionnelle	15
4. Projet d'EHPAD Snoezelen	17
4.1. Concept d'EHPAD Snoezelen.....	17
4.2. Démarches effectuées	17
4.2.1. Rencontre du financier	17
4.2.2. Démarches en mairies	17
4.2.3. Visites d'EHPAD	18
5. Conclusion	19
6. Références.....	20



1. INTRODUCTION : ORIGINE DE LA DEMARCHE

Mon expérience de 7 années dans le milieu du handicap adultes et personnes âgées m'a permis d'approcher les troubles du comportement qu'ils s'expriment en agressivité, agitation, apathie, auto ou hétéro agressivité, etc.

Une approche psychiatrique singulière m'a permis de comprendre, derrière le trouble défini comme un symptôme, le **sens du symptôme**. Cesser de se demander en premier ce qu'il convient de **faire**, notamment du point de vue pharmacologique, mais plutôt de se poser la question du sens de ce trouble, de le décoder dans l'histoire et la vie du patient. Et partant de ce décodage, découvrir des alternatives non médicamenteuses d'aide et de soulagement.

J'ai découvert dans l'approche Snoezelen une de ces alternatives qui permet une approche relationnelle, sensorielle et affective. Elle va contribuer à une revalorisation de l'estime de soi et une remise en sécurité qui sont à mes yeux des éléments fondamentaux expliquant par leur manque un grand nombre de troubles du comportement.

Lorsque cette approche est comprise et partagée par l'ensemble des acteurs du soin et de la relation, elle permet de travailler dans une cohérence globale qui pose le socle de la **sécurisation** de la personne handicapée.

Au travers de l'expérience du psycho-gériatre Louis Ploton, j'ai retrouvé les mêmes éléments descriptifs de troubles du comportement rapportés à la maladie d'Alzheimer, la même ouverture à une interrogation sur le sens de ces troubles, la recherche du sens plutôt que du faire.

L'approche Snoezelen apporte également des éléments de réponse pour des patients atteints d'Alzheimer par la prise en charge globale qu'elle propose, à la fois dans le temps du quotidien et dans l'espace institutionnel; par extension, cette approche aussi permet d'aborder toute personne âgée dépendante devant vivre en institution en ce que cela suppose de difficultés à vivre en sécurité et dans l'estime de soi jusqu'au bout de sa vie.

Afin de pouvoir expérimenter grandeur nature cette approche, j'ai imaginé concevoir un EHPAD qui inscrirait cette approche dans son projet de soin, comme une approche clé du bien être et de la bienveillance de la personne âgée dépendante. J'ai entrepris des démarches dans ce sens.

Au long de ce mémoire, je rappellerai donc les éléments psycho affectifs présents chez le malade Alzheimer, je décrirai les éléments de l'approche

Snøezelen, sa philosophie et la façon dont elle peut s'inscrire dans le projet institutionnel. Enfin je ferai part des démarches concrètes effectuées pour développer un tel EHPAD.

2. CE QUE NOUS ENSEIGNENT LES MALADES D'ALZHEIMER

2.1. Rappel sur les origines de la maladie

De nombreux facteurs de risque sont évoqués dans la maladie d'Alzheimer:

- classiquement des facteurs cliniques (HTA, CHL).
- les antécédents familiaux de trisomie 21, la dépression, les traumatismes crâniens;
- ou des causes iatrogènes, ainsi que des facteurs génétiques.

La présence de plusieurs gènes favoriserait une présence accrue de dépôts de substance beta-amyloïde et il y a globalement une bonne corrélation statistique entre la quantité de substance amyloïde cérébrale et les symptômes de la maladie.

Il y a donc de solides arguments en faveur d'une action toxique indirecte de la protéine amyloïde, responsable de la mort neuronale. Une variante de l'apo-lipoprotéine E semble aussi jouer un rôle. Il est probable que d'autres gènes seront encore identifiés comme favorisant la maladie d'Alzheimer.

Mais il faut aussi souligner que certaines personnes échappent à la règle dans les deux sens. Certaines personnes ont des dépôts de substance beta-amyloïde mais très peu de symptômes cliniques et d'autres peu de dépôts mais une pathologie avancée. Cela laisse supposer que la présence excessive de substance amyloïde peut constituer une condition nécessaire mais non suffisante pour qu'un déficit se manifeste cliniquement.

Les théories psychogènes.

C'est partir du fait que le fonctionnement psychoaffectif influence sur le fonctionnement cérébral.

Les théories psychogènes étant difficiles à évaluer, elles sont plus rarement le sujet d'une étude. Néanmoins on peut penser que les facteurs psychiques interviennent dans l'induction mais aussi dans la gravité de la maladie.

On peut évoquer par exemple le rôle délétère du processus inconscient

de disqualification de soi-même intériorisé par le malade, de l'inhibition psychique, de la démotivation, de l'exclusion socio affective. Il faut aussi évoquer les deuils, les traumatismes, les stress répétés, de mauvaises conditions de vie ainsi que l'angoissante question de la mort sur des personnes fragilisées.

Le déficit en connexions efficaces peut bien entendu être le fait de leur inactivation ou de leur destruction. Mais ce qui peut représenter une différence notable d'un sujet à l'autre est le risque qu'un nombre significatif de connexions fasse défaut parce qu'elles sont utilisées, voire sur - utilisées dans le cadre de processus pathologiques coûteux sans pour autant être fructueux. Les contraintes psychiques deviennent supérieures aux possibilités de résolutions de la personne, tels que par exemple la difficulté croissante de faire face aux changements, le vécu d'abandon, l'isolement affectif et le sentiment de dévalorisation. Et ces contraintes se trouvent encore exacerbées lors du placement du malade en institution.

Une affection comme la maladie d'Alzheimer peut être considérée autant comme neurologique que cognitive ou psychoaffective, C'est l'étude et la description qu'on en fera qui, pour des besoins particuliers, permettra de se placer sur le plan neurologique, cognitif, ou psychoaffectif.

2.2. Les particularités psychologiques observables de la maladie d'Alzheimer

2.2.1. Rappel sur les signes cliniques cognitifs

Défaillance surtout déclarative de la mémoire, déficit de l'attention, troubles du langage jusqu'à l'aphasie qui va le priver de la capacité cathartique de la parole, de la capacité de mettre des mots sur des émotions.

Mais aussi perte de la mémoire des apprentissages (apraxie) et agnosie (difficulté de reconnaissance et de dénomination des objets), contre performance dans le registre des opérations mentales (orientation, catégorisation, conceptualisation, capacité d'anticipation et de planification).

D'une façon générale, les altérations cognitives peuvent varier d'un moment à l'autre, de façon imprévisible, ce qui interroge sur le rôle possible des contextes affectifs facilitateurs et, à l'inverse, pathogènes.

2.2.2. Les particularités psychologiques

Une des caractéristiques de la maladie d'Alzheimer est l'évolution vers un fonctionnement psychique **privant les malades de la capacité de penser avec des mots**. Ils sont privés de discours intérieur, comme revenus à un fonctionnement de type préverbal.

Pour autant, cela ne signifie pas qu'ils sont imperméables à ce qui se passe; ils ont **une approche perceptive globale** de ce qui les concerne avec un fort investissement affectif. On peut même parler à leur propos **d'intelligence affective** marquée par des préoccupations universelles tels que la mort, le vécu d'abandon, une grande dépendance affective.

Ces préoccupations se traduisent par des redondances de demandes ou des conduites destinées à attirer l'attention. C'est pourquoi ils seront volontiers ambivalents, résistants aussi à toutes pratiques les conduisant à trop s'impliquer.

On note aussi l'apparition fréquente de manifestations dépressives et d'une tendance inconsciente à se montrer sous un jour hyper dévalorisé.

2.2.3. Les troubles du comportement

L'entourage peut être mis à mal, quotidiennement, par des réactions agressives, des fugues, des manifestations hallucinatoires, des cris ou de la déambulation.

Il faut tenter de modifier les représentations qu'on peut avoir de ses troubles, car c'est à partir de là que des modalités alternatives de soins peuvent se profiler. Un malade pourra en effet présenter des conduites différentes d'un environnement à un autre d'une institution à une autre.

Quand on se demande comment réagir devant une situation, la première question sera: «**Que pouvons nous en penser**»? Plutôt que «que pouvons nous faire?»

C'est la **représentation** que nous avons d'une situation qui nous conduit à nous positionner; **changer le regard** est une façon de modifier un des éléments du contexte c'est-à-dire de la réalité ambiante. Elle peut

conduire chacun, y compris le malade, à se repositionner en modifiant ce qu'il est porté à faire ou à donner à voir de lui.

Ainsi le défaut de compréhension, le vécu d'abandon, le besoin de compter et d'attirer l'attention ainsi que l'impossibilité de mettre des mots sur des émotions jouent un rôle déterminant dans les comportements du malade Alzheimer. A titre d'exemple on pourrait citer les chutes ou les fugues comme s'inscrivant volontiers dans le registre abandonnique, les cris incoercibles comme autant de moyens de se sentir encore exister en regard du sentiment de vide psychique, de même peut-être que les hallucinations. Quant à la déambulation, les hypothèses ont multiples et sujettes à autant de questionnement.

Toutes ces attitudes, logiques pour eux, posent problème pour l'entourage.

Ces malades s'expriment hors de la norme des habitudes sociales normales. C'est pourquoi leurs comportements sont à l'origine de phénomènes d'«attaque de la pensée» de la part des soignants et aidants. Ils peuvent ainsi fortement perturber le fonctionnement de la pensée des soignants et induire de façon récurrente des pertes de sens dans les actes ou les prises en charge qui les concernent.

Peut-être faut-il retenir qu'ils sont capables de se mettre en scène inconsciemment sur un mode hyperdévalorisé, pour oser poser la question de leur valeur.

2.3. Maladie d'Alzheimer et intelligence affective

Il semble que l'ensemble du fonctionnement psychique affectif global, «non pensé», mais non dépourvu de pertinence, apparaît longtemps préservé. Tout se passe comme si les malades gardaient une forme de perception affective, assortie de capacités d'expression dans ce même registre.

Cette permanence du registre affectif n'empêche en rien un sentiment de vide de la pensée par perte des capacités cognitives et du travail associatif.

Mais ils restent ainsi tout à fait accessibles à l'empathie. Ce registre affectif se caractériserait par sa permanence même aux stades avancés de la maladie.

Si on prend acte du caractère déterminant et permanent du registre affectif, on doit s'interroger sur la validité éthique des approches cliniques

basées uniquement sur la stimulation. N'aborder le malade qu'en terme de stimulations cognitives fait l'impasse sur ses motivations et déterminants affectifs, c'est-à-dire de ce que nous partageons d'humanité avec lui.

C'est en acceptant de voir l'ensemble des mécanismes adaptatifs que le malade met en place vis à vis de ses peurs multiples (mort, abandon, quête narcissique...) que notre regard peut évoluer dans la compréhension de ce registre affectif.

La compréhension de cette intelligence affective permet d'aborder le malade en lui garantissant une permanence de son identité profonde, la plus ancrée en lui, la plus déterminante: son identité affective. Cette approche permettra d'avoir avec lui des échanges affectifs cohérents et donc **rassurants**.

2.4. Communication avec le malade Alzheimer

2.4.1. Comment aider le malade à s'exprimer avec des mots?

A la base, il faut le croire **capable de communiquer** et le considérer comme un interlocuteur, croire que la communication est moins une affaire de technique que de disponibilité d'esprit.

Pour cela il est nécessaire de créer un climat psychologique favorable par la mise en place notamment d'un cadre d'échanges suffisamment protégés et empathiques; cela peut s'exprimer par un toucher chaleureux et une posture non agressive. L'objectif est de **rejoindre le malade dans le registre émotionnel**.

Il s'agit de situer l'échange principalement sur le plan affectif, sans pour autant être infantilisant. Il faut respecter les préliminaires, car on ne fait pas un soin ou on n'aborde pas une question problématique sans préliminaire suffisant. La connotation positive est de mise en toutes circonstances.

Il faut ajouter à cela un langage simple évitant les registres de l'abstraction, de l'anticipation ou des opérations mentales complexes. Sous ces conditions il sera possible de parler à un malade atteint d'Alzheimer.

2.4.2. La communication implicite

Au delà des mots, la mimique, la posture, la gestualité restent expressifs longtemps. On doit aussi se poser la question du **sens des expressions comportementales** et tenter de décrypter ce sens.

Il est sûrement moins dommageable pour le malade de postuler **qu'il y a un sens** dans l'expression de son comportement, même s'il n'y en a pas que l'inverse pour donner ainsi une chance supplémentaire à la compréhension de la personne.

Enfin, il existe probablement aussi avec les malades Alzheimer **un niveau de communication implicite** où s'exprime de façon non élaborée **des contradictions psychiques internes**. Cette communication peut être ressentie de façon diamétralement opposée par les différents soignants selon leur propre sensibilité.

Ces soignants seront ainsi de fait les porte-paroles d'un être qui peut être défini comme habité de contradictions non représentables et donc ne pouvant être résolues par lui.

Cette communication implicite relèverait du registre affectif primitif de la pensée, comme étant la trame ou le socle de la pensée, en deçà de la mise en mots de la pensée et des représentations mentales.

L'empathie s'impliquerait dans cette communication implicite en induisant un «accordage affectif» à même d'intervenir dans la part de notre communication infra verbale.

Cette notion de pensée matricielle affective peut offrir une base à la compréhension de la relation au-delà des mots; **elle n'exclut bien sûr pas le risque de l'erreur, mais vaut-il mieux se tromper sur ce qu'un malade tente d'exprimer que de voir en lui un être végétatif n'ayant plus rien à exprimer?**

2.4.3. La fonction du symptôme, expression au-delà des mots

Et donc, face au symptôme exprimé par le malade, il y a lieu de réfléchir sur la **fonction du symptôme**.

Cette analyse peut se révéler précieuse pour tenter de restituer une cohérence, une logique aux conduites psychopathologiques au lieu de déployer des efforts coûteux pour tenter de les contrôler.

Une des fonctions de base de l'économie psychique est d'assurer un confort psychique. Elle amortit par des mécanismes de défense les excitations d'origine internes et externes, pour permettre de garantir un niveau acceptable d'estime de soi.

Lorsque ces mécanismes d'amortissement des traumatismes et des frustrations sont dépassés, ou encore quand le sentiment de vide intérieur et d'ennui n'est pas comblé par des sensations, on assiste à un effondrement des défenses et à l'apparition du symptôme: à type par exemple d'émergences anxieuse, d'agressivité déplacée, d'agitation psychomotrice, de passages à l'acte ou boulimie, activisme, addictions, hypochondrie ou autre

Le symptôme remplit aussi une fonction dans l'économie relationnelle, en ce sens qu'**il aura pour fonction de mettre autrui à distance, faute de pouvoir maîtriser la relation.**

On est là dans un registre défensif avec des stratégies d'évitement ou d'«attaque de la pensée d'autrui» pour opérer une mise à distance de fortune.

Ces «attaques de la pensée» des intervenants peuvent s'exprimer sous forme d'angoisse contagieuse, intimidation, agitation, violence et agressivité, voire délire, confusion, demande incessante, hétéro-dérision, de cris incessants, de chutes, en fait tout ce qui va court-circuiter la possibilité pour le soignant de **compréhension du sens** de ce qui s'exprime ainsi.

Ces phénomènes prennent tout leur sens notamment en institution, puisque c'est là que sont de fait nombre de personnes vulnérabilisées socialement et psychologiquement et que la question de l'estime de soi devient cruciale et source de réactions exacerbées.

2.4.4. Conséquences pour les soignants

Cette façon de poser le problème peut opérer une modification de point de vue et une possible ouverture au changement pour les soignants, en ce sens que le porteur du symptôme n'est plus un être « fou » ou confus mais un sujet qui cherche à se protéger.

Il faut envisager, en équipe de soignants de ne plus poser la question:«Que devons nous faire?» mais bien «que pouvons nous en penser?». Cette question implique un autre regard, une autre réalité,

d'autres échanges et donc d'autres conduites en retour.

C'est la confrontation des expériences et du ressenti des intervenants qui limitera les illusions de perception et qui peut permettre d'approcher une forme d'objectivité relative. Il sera important de se doter dans l'institution de cadres pluridisciplinaires de réflexion qui permettront l'élaboration de nouvelles représentations et de nouveaux compromis relationnels vers le malade.

2.4.5. Conclusion

Les malades nous enseignent que gravement handicapés et dépendants, ils restent nos «alter ego» dans le registre fondateur de la pensée, le registre affectif, qui constitue la matrice de notre développement, de nos conduites ultérieures, même en cas de pathologie de la cognition. A ce titre la richesse des échanges avec eux doit nous interroger sur la tendance à les traiter comme des corps sans âme, tendance qui relève peut-être beaucoup plus de stratégies défensives réciproques que de ce qu'ils sont réellement devenus.

Au titre de ces nouvelles représentations, l'approche Snoezelen m'a semblé une possibilité d'accompagnement de la personne âgée dépendante, mais aussi de structuration de la pensée institutionnelle en accord avec cette approche de la personne âgée dépendante ou Alzheimer. C'est une démarche positive pour **redonner du plaisir à vivre à la personne dépendante au sein même de son involution** et à ce titre elle rejoint ce que doit être un EHPAD.

3. PRINCIPES SNOEZELLEN: UNE DEMARCHE ET UN PROJET DE SOIN

Merleau -Ponty évoque le corps comme un «*véhicule de l'être au monde*» et il dit qu'«*avoir un corps, c'est, pour un être vivant, se joindre à un milieu défini, se confondre avec certains objets et s'y engager continuellement*». La maladie mentale est le témoin de la rupture de ce lien entre le corps et l'esprit.

3.1. Le principe de la démarche Snoezelen

Cette démarche ne cherche pas à voir la personne au travers de ses manques, de ses symptômes ou de ses déficiences mais bien plus au travers de ses compétences relationnelles demeurées plus performantes malgré l'âge et la maladie, comme on l'a vu plus haut.

C'est une philosophie de l'accueil de la personne au service de l'être et non du faire. Où toute l'humanité de la relation est mobilisée. Il s'agit d'une attitude interrelationnelle favorisant la détente, le bien-être, la sécurisation. L'expression «être présent avec» prend ici tout son sens.

La sensorialité est à la base du développement humain et elle est un moyen de développement du processus de pensée et du sentiment d'identité. Elle va devenir un mode d'approche des personnes démunies en grande dépendance physique et psychique. Cette approche est là comme reprise de contact avec le réel, moyen de sécurisation, de réduction des tensions, de remotivation à l'action.

Elle va privilégier une relation sur le mode sensoriel dans un espace sécurisé favorisant le bien-être. La démarche est basée essentiellement sur les relations de la personne avec le monde extérieur par le biais des sens et de son propre corps, dans le respect de sa personnalité. L'expérience ainsi vécue des perceptions sensorielles permet de vivre en conscience l'instant présent et de réorganiser les relations au réel.

Ce n'est pas la première fois que des thérapeutes ont utilisés les stimulations sensorielles comme des vecteurs d'amélioration de la santé des personnes déficientes mentales et comme des moyens permettant d'entrer en contact avec elles.

Le principe Snoezelen a permis de développer un cadre et de formaliser cette approche sensorielle; au fil du temps et des apports de la pratique, il s'est défini davantage en tant que philosophie de la relation axée sur le

bien être et le plaisir de la personne, au delà d'une méthode, d'une thérapie ou d'une technique, tout en utilisant des méthodes et des techniques.

3.2. Une attitude de communication

3.2.1. Un outil relationnel

Ainsi, la qualité de cette communication va découler d'une **attitude** qui reconnaît à toute personne la possibilité d'une conscience d'elle-même jusqu'au bout de sa vie, qui cherche à lui offrir des sensations les plus agréables possibles et ceci au travers de toutes les possibilités de la communication sensorielle; communication que l'accompagnant devra inventer devant chaque personne sans directivité, en ouverture vers l'autre.

C'est un outil relationnel entre l'accompagnant et l'accompagné, un véritable état d'esprit de l'accompagnement de la personne. Dans cette attitude, on doit voir émerger une compréhension empathique de la personne, une attention chaleureuse, un regard positif inconditionnel et une réelle qualité de présence au moment de cette rencontre. C'est un mode d'approche non directif qui laisse la place à l'autre dans ce qu'il est.

3.2.2. Une démarche de sécurisation

C'est aussi une **démarche de sécurisation** de la personne car l'insécurité restreint le champ relationnel: on ne sait pas quoi faire, alors on ne bouge pas on n'explore pas; quand le lieu est inconnu ou mal appréhendé, il induit un repli sur soi, une rétraction.

3.2.3. Une démarche d'exploration

La démarche Snoezelen contient l'idée que toute sensation agréable (chaleur, douceur, arôme, musique) induit une perception positive qui peut permettre **une exploration** pouvant conduire à une représentation et une image et donc stimuler les possibilités restantes de communication vers

l'extérieur. Elle se situe dans une communication infra verbale faisant appel à tous les sens:

- **Le sens tactile** qui nécessite la proximité: contrairement aux autres sens qui s'appuient sur des récepteurs à distance, le toucher permet une réalité immédiate à l'objet avec un ancrage fort dans la réalité par le contact qu'il permet.
- **La vision** qui permet une approche plus globale de l'espace environnant et une forme de distance à ce qui est observé.
- **Les sons et les vibrations sonores;** bruits, sons ou musique, les sons éveillent davantage à l'émotion.
- **Le sens vestibulaire** qui réveille le souvenir du mouvement
- **Le goût et l'odorat** qui font appel à des souvenirs très anciens et en cela rejoignent très vite notre subjectivité (on aime ou on n'aime pas).

Toutes ces invitations sensorielles éveillent l'autonomie, le plaisir de vivre et contribuent à la qualité de la vie.

3.3. Application institutionnelle

Elle peut être appréhendée de trois manières différentes mais qui vont se chevaucher dans les faits.

Comme un lieu

Une réalité matérielle concrétisée par l'aménagement d'un espace Snoezelen dédié proposant des approches douces et variées soit comme un moyen de stimulation pour soutenir la personne dans sa démarche d'ouverture et d'exploration, soit dans un objectif d'apaisement et de réduction des tensions et des peurs; un lieu qui vise la détente et le plaisir et répond aussi à un besoin occupationnel des personnes en grande dépendance.

Comme des lieux

La dimension sécurisante et contenant étant primordiale dans le Snoezelen, elle devra se retrouver non seulement dans l'aménagement

d'un espace dédié mais aussi dans l'ensemble des espaces institutionnels (salle à manger, petits salons, salle de balnéothérapie, salons de coiffure, de massage, petits jardins d'hiver et d'été etc...).

Comme un quotidien

L'approche Snoezelen n'a de réalité que par la rencontre qu'elle propose et donc n'est pas uniquement définie par le matériel et les stimulations proposées, c'est une manière d'**être en relation** dans le soin à l'autre. Ce mode de rencontre est donc à penser au **quotidien de l'accompagnement des personnes et dans tous les espaces de vie et les temps de la journée**; elle pourra se définir dans les espaces effectivement dédiés, mais aussi dans les soins de base, les repas, les soins particuliers : balnéothérapie, ergothérapie et toutes les activités de stimulations extérieures ou intérieures.

Cette démarche nécessite une adaptabilité constante du soignant, une continuité sur l'ensemble de la journée et une réévaluation permanente de sa pratique.

On comprend ainsi l'importance de l'observation de la personne malade et de son décodage, l'importance du regard de l'équipe pluridisciplinaire et aussi l'importance d'une formation préalable des équipes à ce type d'approche afin que celle-ci soit rendue possible à tous les niveaux:

- Dans la manière de pratiquer les gestes quotidiens les plus courants et les plus simples (lever, toilettes repas, activités...) ;
- Dans les différents lieux ;
- Dans les plannings ou dans le moment ;
- Dans le soutien du soignant ;
- Dans la gestion du temps (organisation des journées notamment).

Cette démarche permet aussi d'inclure tous les accompagnants: ainsi la famille peut-elle aussi participer et s'impliquer dans cette approche et découvrir une nouvelle possibilité de relation avec la personne âgée.

4. PROJET D'EHPAD SNOEZELLEN

4.1. Concept d'EHPAD Snoezelen

J'ai voulu mettre en lien ce qu'apporte l'approche Snoezelen et les besoins et les nécessités relationnels et affectifs des personnes atteintes d'Alzheimer tels que définis par le Docteur Ploton.

Par extension, ce qui est vrai dans l'approche psych-affective d'une personne atteinte d'Alzheimer, est vrai dans l'approche de toute personne âgée dépendante.

L'approche Snoezelen répond aux besoins de sécurité, apporte des réponses non pharmacologiques aux troubles du comportement à condition de l'inscrire dans l'ensemble de la démarche de l'institution, dans le projet d'établissement.

Cette approche peut changer le regard du soignant et l'aider à rejoindre la personne âgée dépendante dans le registre émotionnel et affectif, à donner un sens aux symptômes, à découvrir et explorer un mode de communication implicite.

Avec quelques personnes intéressées à cette démarche, nous avons imaginé et conçu un projet d'établissement incluant cette approche.

4.2. Démarches effectuées

4.2.1. Rencontre du financier

Par relation interposée, j'ai rencontré le directeur d'un groupe mutualiste ayant une vision similaire de l'approche de la personne âgée dépendante. L'intérêt a été réciproque et le concept mis en place dans certains de ses EHPAD englobait notre projet.

4.2.2. Démarches en mairies

Sachant qu'il faudrait dès 2011 répondre à des appels à projets émanant de l'Agence Régionale de Santé, nous nous sommes intéressés aux

zones géographiques de notre région susceptibles d'être retenues par l'ARS.

Une fois ces zones repérées, nous avons pris rendez-vous avec plusieurs mairies potentiellement intéressées par un projet d'EHPAD sur leur commune.

Sur sept mairies contactées et rencontrées, trois ont répondu très favorablement. Pour deux d'entre elles, les terrains communaux pouvant accueillir un EHPAD ont déjà été identifiés.

La rencontre du directeur du groupe mutualiste et des responsables en mairie est prévue dans le mois à venir, rencontre décisive pour l'avenir du projet.

4.2.3. Visites d'EHPAD

Il nous a également semblé important de visiter des EHPAD ayant mis en place des projets de soin incluant une démarche Snoezelen ainsi que des EHPAD du groupe mutualiste. Ce qui a été fait au courant de l'année à Bordeaux, Pau et en Poitou Charentes.

Les projets d'établissement de ces différents EHPAD, leur mise en pratique nous ont montré qu'il est possible et viable de concevoir des établissements où la prise en compte individualisée des besoins des personnes est possible, tant au niveau des unités protégées pour les personnes Alzheimer sévèrement atteintes que dans l'ensemble de l'EHPAD.

Les aménagements de bien être ont été réalisés sans grand moyen budgétaire supplémentaire mais se sont appuyés sur des organisations innovantes et une conception architecturale englobant le concept dès le départ (beaucoup de lumière, d'espaces calmes, petits salons cocooning, couleurs chaudes et apaisantes, jardins d'intérieurs et d'extérieurs etc...)

Au niveau de l'organisation, l'accent a été mis sur un déroulement individualisé des soins dans la journée, des repas personnalisés, une implication du personnel au delà de leurs strictes compétences professionnelles et donc une variabilité de leur mission, ce qui renforce aussi leur motivation au travail.

La visite de ces EHPAD nous a conforté dans l'idée et la volonté de voir se créer un tel lieu d'accueil dans notre région; un lieu où nous avons pu nous dire que nous irions volontiers le moment venu, où nous pourrions accepter que nos proches parents y soient accueillis si besoin.

5. CONCLUSION

J'ai découvert dans l'analyse du Dr Ploton une explication des troubles et des comportements des malades atteints d'Alzheimer qui rejoignent mon expérience auprès des personnes handicapées mentales. Cette analyse pour moi déborde le cadre de la maladie d'Alzheimer et permet aussi d'aborder toute personne en grande dépendance psychique.

L'approche Snoezelen me semble une possibilité de réponse à condition de l'inclure dans une démarche institutionnelle globale.

C'est pourquoi j'ai voulu me lancer dans l'élaboration d'un projet concret; j'ai eu la chance de rencontrer un groupe mutualiste dont le concept incluait ce type de démarche.

C'est un projet sur plusieurs années, dépendant de l'avenir politique des EHPAD et donc forcément incertain. Néanmoins il m'a semblé intéressant de le concevoir et de m'engager dans sa réalisation.

6. REFERENCES

Louis PLOTON: «Ce que nous enseignent les malades d'Alzheimer». Chronique Sociale. Janvier 2010

Jean-Pierre DESCAMPS, Maître de Conférences associé en communication /et animateur socioculturel et **Florence ZERILLO**, Maître de Conférences en psychologie – Universités de Bordeaux : « Accompagnement des personnes âgées et des personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer et maladies apparentées : approches originales, projet d'établissement et projet de vie novateurs à Villa Pia ». Lien : www.cos-villapia.fr

Françoise DEFAY: « Exploration des processus archaïques mis en jeu dans l'expérience Snoezelen chez des patients pris en charge en psychiatrie adulte ». Université libre de Bruxelles. Faculté des Sciences Psychologiques et de l'Éducation. Année 2007-2008

Marc THIRY. Lien: www.snoezelen-reseau.org

Les Naufragés de l'Alzheimer

*Julos Beaucarne a prêté sa tendresse, sa voix et sa musique au texte de Marie Gendron .Ce morceau figure sur le dernier CD de Julos Beaucarne :
Le Jaseur Boréal.*

*J'aime ces gens étranges
Aux trous dans la mémoire
Des trous remplis de plaies
Présentes ou bien passées
Vérités toutes crues
Remontant en marée
Quand les masques ont fondu
Que la farce est jouée*

*L'inconscient se lézarde
La raison capitule
Des blessures tenaces
Font surface et bousculent
L'hier est aujourd'hui
Le présent n'est qu'instant
De vieilles photos parlent
Révélateurs puissants*

*J'aime ces gens étranges
Leur raison déraisonne
Ils sont les dissidents
Des logiques des hommes
Leur cœur ne souffre pas
L'événement leur échappe
Ils captent les émois
L'essentiel sans flafla...*

*J'aime ces gens étranges
Qui repèrent la fausseté
Des gestes et des paroles
Réclament l'amour vrai*

*Fonctionnent à la tendresse
Négligent tout le reste
Ils sont vérité nue
Ils aiment ou ils détestent
J'aime ces gens étranges
À la mémoire trouée
Qui changent des bribes
De leurs vies effacées
Voyageurs sans papier
Sans qualifications*

*Ils sont ce que nous sommes
Et nous leur ressemblons
J'aime ces gens étranges
Qui me montrent du doigt
Les immenses trous noirs
Que j'ai au fond de moi
Ils sont le grand miroir
De mes désirs enfouis
De ma débridance tue
Et de ma fantaisie*

*J'aime ces gens étranges
Qui ont le mal d'enfance
Comme le mal d'un pays
Qu'ils chercheraient en silence
Derrière l'apparence
De leur mémoire perdue
Leur peau parle une langue
Que nous n'entendons plus*

*J'aime ces gens étranges
Aux trous dans la mémoire
Des trous remplis de plaies
Présentes ou bien passées
Vérités toutes crues
Remontant en marée
Quand les masques ont fondu
Que la farce est jouée*